

คู่มือปฏิบัติงานพัฒนาชุมชน



องค์การบริหารส่วนตำบลเขาพระบาท อำเภอเชียรใหญ่
จังหวัดนครศรีธรรมราช

คู่มือปฏิบัติงานพัฒนาชุมชน

งานที่ให้บริการ	ยืนยันสิทธิและยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเขาพระบาท

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาพระบาท
โทรศัพท์/โทรสาร ๐๗๕-๘๐๙๕๗๖
เว็บไซต์ : www.khaoprabat.go.th

ระยะเวลาการให้บริการ

ช่วงเดือนมกราคม - ธันวาคมของทุกปี
ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.
(เว้นวันหยุดราชการ)

กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘
- ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๒
- ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๑
- ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

- สัญชาติไทย
- มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเขาพระบาท (ตามทะเบียนบ้าน)
- เป็นผู้จะมีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ มีสิทธิได้รับเดือนถัดไปหลังจากเดือนเกิดที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์ (สำหรับผู้ที่เกิดวันที่ ๑ ให้ได้รับในเดือนนั้น)
- ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ รวมถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- กรณีผู้สูงอายุไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ มอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำร้องขอได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับองค์การบริหารส่วนตำบลเขาพระบาทพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

ขั้นตอนและระยะเวลาให้บริการ

ขั้นตอน

๑. ผู้สูงอายุยื่นเอกสารที่ใช้ในการยืนยันสิทธิผู้สูงอายุ
๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร คุณสมบัติ
๓. เสนอคณะผู้บริหาร

หน่วยงานรับผิดชอบ

สำนักปลัด อบต.เขาพระบาท

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาไม่เกิน ๑ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. บัตรประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย
๒. ทะเบียนบ้าน
๓. สมุดบัญชีธนาคารใดก็ได้ พร้อมสำเนา

ค่าธรรมเนียม

- ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

- ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่
สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาพระบาท โทรศัพท์ ๐๗๕-๘๐๙๕๗๖ หรือ เว็บไซต์ www.khaoprabat.go.th

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

ทะเบียนเลขที่...../๒๕๖๘

แบบยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เฉพาะกรณีผู้สูงอายุมอบอำนาจให้บุคคลอื่นยื่นแบบยื่นยันสิทธิแทน

ผู้ยื่นคำขอฯ แทนตามหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....กับผู้สงอายุที่ขอขึ้นยันสทธิ ชื่อ -สกุล (ผู้รับมอบอำนาจ)

เลขประจำตัวประชาชนที่มอบอำนาจ □-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่

ข้อมูลผู้สูงอายุ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ นามสกุล.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....ที่.....

อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่ที่/ชุมชน.....ตรอก/ ซอย ถนน ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สงอายุที่ยื่นคำขอ □-□□□□-□□□□□-□□-□

สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่ ☐ อื่น ๆ

รายได้ต่อเดือน.....บาท อาชีพ.....

มีความประสงค์ ☐ ขอยืนยันสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบ

กระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖)

☐ ไม่ขอรับสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

มีความประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โดยวิธีดังต่อไปนี้ (เลือก ๑ วิธี)

☐ รับเงินสดด้วยตนเอง

☐ รับเงินสดโดยบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิ ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ

พร้อมแนบเอกสาร ดังนี้

☐ บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย ☐ ทะเบียนบ้าน

☐ สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ในกรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร)

☐ หนังสือมอบอำนาจพร้อมบัตรประจำตัวประชาชนของผู้อนุมัติและผู้รับมอบอำนาจ

☐ บัญชีเงินฝากธนาคาร บัญชีเลขที่.....ชื่อบัญชี.....

☐ “ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ณ วันที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ”

☐ “ข้าพเจ้ายินยอมให้นำข้อมูลส่วนบุคคลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ของกรมส่งเสริมการปกครอง
ท้องถิ่น และยินยอมให้ตรวจสอบข้อมูลกับฐานข้อมูลทะเบียนกลางภาครัฐ”

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นยันสิทธิ/ผู้รับมอบอำนาจยื่นยันสิทธิ

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบสิทธิ

ความเห็นเจ้าหน้าที่ เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□□ แล้ว ☐ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติยืนยันสิทธิครบถ้วน ☐ เป็นผู้ที่ยื่นขอตรวจสอบคุณสมบัติ ณ วันที่มีสิทธิได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ☐ เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ เนื่องจาก (ลงชื่อ) (.....) เจ้าหน้าที่	ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายก อบต.เขาพระบาท คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้ว มี ความเห็นดังนี้ ☐ สมควรรับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่สมควรรับยืนยันสิทธิ..... กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....) กรรมการ (ลงชื่อ) (.....)
คำสั่ง ☐ รับยืนยันสิทธิ ☐ ไม่รับยืนยันสิทธิ ☐ อื่น ๆ..... (ลงชื่อ) (.....) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล..... วัน/เดือน/ปี	

ติดตามรอยเส้นประ ให้ผู้สูงอายุที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บเพื่อเป็นหลักฐานการลงทะเบียน.....

ยื่นแบบยืนยันสิทธิการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

การยืนยันสิทธิการขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุครั้งนี้ เพื่อขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุโดยจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุตามที่มิ

คุณสมบัติครบถ้วนและตามช่วงระยะเวลาในการยืนยันสิทธิ โดยได้รับตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....เป็นต้นไป

คู่มือปฏิบัติงานพัฒนาชุมชน

งานที่ให้บริการ	ลงทะเบียนและยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเขาพระบาท

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาพระบาท
โทรศัพท์/โทรสาร ๐๗๕-๘๐๙๕๗๖
เว็บไซต์ : www.khaoprabat.go.th

ระยะเวลาการให้บริการ

ขึ้นทะเบียนได้ตลอดปี (เว้นวันหยุดราชการ)
ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

๑. สัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเขาพระบาท (ตามทะเบียนบ้าน)
๓. มีบัตรประจำตัวคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐ
๕. กรณีคนพิการไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ มอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำร้องขอได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับองค์การบริหารส่วนตำบลเขาพระบาทพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และนำหลักฐานของคนพิการและผู้ดูแลคนพิการไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่

กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง

๑. ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยความพิการให้คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๓ และแก้ไขเพิ่มเติมจนถึงฉบับปัจจุบัน

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน

๑. คนพิการยื่นเอกสารที่ใช้ในการลงทะเบียนคนพิการ
๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร คุณสมบัติ
๓. เสนอคณะผู้บริหาร

หน่วยงานรับผิดชอบ

สำนักปลัด อบต.เขาพระบาท

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาไม่เกิน ๑ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. บัตรประจำตัวคนพิการ
๒. ทะเบียนบ้าน
๓. สมุดบัญชีธนาคารใดก็ได้ พร้อมสำเนา

ค่าธรรมเนียม

- ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

- ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่
สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาพระบาท โทรศัพท์ ๐๗๕-๘๐๙๕๗๖ หรือ เว็บไซต์ www.khaoprabat.go.th

ทะเบียนเลขที่...../ ๒๕๖๗

โทรศัพท์.....

(ติดตามรอยเส้นประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้)

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับจดทะเบียน เรียน คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของ นาย/นาง/นางสาว/..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน <table border="1"><tr><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> แล้ว ☐เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ☐เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้ (ลงชื่อ)..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้รับลงทะเบียน	-						-							-					ความเห็นคณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติ เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเขาพระบาท คณะกรรมการตรวจสอบคุณสมบัติได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นดังนี้ ☐สมควรรับขึ้นทะเบียน ☐ไม่สมควรรับขึ้นทะเบียน กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....) กรรมการ (ลงชื่อ)..... (.....)
-						-							-						
คำสั่ง ☐รับขึ้นทะเบียน ☐ไม่รับขึ้นทะเบียน ☐อื่น ๆ..... (ลงชื่อ)..... (.....) นายกองค้การบริหารส่วนตำบล..... วัน/เดือน/ปี.....																			

✂ (ตัดตามรอยเส้นประให้คนพิการที่ยื่นคำขอลงทะเบียนเก็บไว้).....

ยื่นแบบคำขอลงทะเบียนเมื่อวันที่.....เดือน พ.ศ.....การลงทะเบียนครั้งนี้ เพื่อรับเงินเบี้ยความพิการประจำปี

งบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ โดยจะได้รับเงินเบี้ยความพิการตั้งแต่เดือนถัดไปนับแต่วันที่ประกาศรายชื่อ

คู่มือปฏิบัติงานพัฒนาชุมชน

งานที่ให้บริการ	การขอรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานสวัสดิการสังคม สำนักปลัด องค์การบริหารส่วนตำบลเขาพระบาท

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่/ช่องทางการให้บริการ

สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาพระบาท
โทรศัพท์/โทรสาร ๐๗๕-๘๐๙๕๗๖
เว็บไซต์ : www.khaoprabat.go.th

ระยะเวลาการให้บริการ

ขึ้นทะเบียนได้ตลอดปี (เว้นวันหยุดราชการ)
ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

๑. สัญชาติไทย
๒. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเขาพระบาท (ตามทะเบียนบ้าน)
๓. มีใบรับรองแพทย์ที่ออกให้โดยสถานพยาบาลของรัฐยืนยันว่าป่วยเป็นโรคเอดส์จริง
๕. กรณีผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ มอบอำนาจให้ผู้อุปการะเป็นผู้ยื่นคำร้องขอได้ โดยให้ผู้รับมอบอำนาจติดต่อกับองค์การบริหารส่วนตำบลเขาพระบาทพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และนำเอกสารหลักฐานของผู้ขอรับการสงเคราะห์มายื่นต่อเจ้าหน้าที่

กฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง

๑. ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๘ และแก้ไขเพิ่มเติมจนถึงฉบับปัจจุบัน

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน

๑. ผู้ป่วยเอดส์ยื่นเอกสารที่ใช้ในการขอรับเงินสงเคราะห์
๒. เจ้าหน้าที่รับเอกสาร ตรวจสอบเอกสาร คุณสมบัติ
๓. เจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ไปตรวจสอบที่บ้าน
๔. เสนอคณะผู้บริหาร

หน่วยงานรับผิดชอบ

สำนักปลัด อบต.เขาพระบาท

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาไม่เกิน ๒ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

๑. บัตรประชาชนหรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่ายของผู้ป่วยเอดส์
๒. ทะเบียนบ้านของผู้ป่วยเอดส์
๓. สมุดบัญชีธนาคาร ธกส.พร้อมสำเนา
๔. ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐ

ค่าธรรมเนียม

- ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

- ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่
สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขาพระบาท โทรศัพท์ ๐๗๕-๘๐๙๕๗๖ หรือ เว็บไซต์ www.khaoprabat.go.th

แบบคำขอรับการสงเคราะห์

ลำดับที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....

ด้วยข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเลขที่.....

ถนน..... ตรอก/ซอย..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ขอแจ้งความประสงค์ขอรับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ

ผู้ป่วยเอดส์ โดยขอให้รายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

๑. ที่พักอาศัย () เป็นของตนเอง และมีลักษณะ () ขำรุดทรุดโทรม () ขำรุดทรุดโทรม
บางส่วน () มั่นคงถาวร () เป็นของ.....เกี่ยวข้องเป็น.....

๒. ที่พักอาศัยอยู่ห่างจากบ้านหลังที่ใกล้ที่สุดเป็นระยะทาง.....
สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก
อยู่ห่างจากชุมชน/หมู่บ้านเป็นระยะทาง สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก
จาก.....อยู่ห่างจากหน่วยงานบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุด
เป็นระยะทาง สามารถเดินทางได้ () สะดวก () ลำบาก เนื่องจาก
.....

๓. การพักอาศัย () อยู่เพียงลำพัง เนื่องจาก.....
มาประมาณ..... () พักอาศัยกับ รวม คน เป็นผู้สามารถประกอบอาชีพได้
จำนวน.....คน มีรายได้รวม.....บาท/เดือน ผู้ที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เนื่องจาก.....

๔. รายได้ - รายจ่าย มีรายได้รวม.....บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้.....
นำไปใช้จ่ายเป็นค่า.....

.....บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....สถานที่ติดต่อ
เลขที่..... ถนน.....ตรอก/ซอย.....
หมู่ที่.....ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....โทรสาร.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

..... ผู้ให้ถ้อยคำ

(.....)

หนังสือแสดงความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเขาพระบาท

ตามที่มีการอนุมัติให้ข้าพเจ้า.....เป็นผู้มีสิทธิได้รับ
การสงเคราะห์เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ.....ลำดับที่.....นั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์ในการรับเงินสงเคราะห์ ดังนี้

- () เป็นเงินสด
- () โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
เลขที่บัญชี.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงความประสงค์

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)